Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität zn Kiel
Direktor; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling

Ueber die Symptomatologie der Melancholie

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Otto Schütz

aus Berlin

Emil Ebering, Berlin NW 7, Mittelstraße 29.

Lane Medical Library

Nr. 6

Rektoratsjahr 1927/28

Referent: Prof. Dr. Siemerling

Zum Druck genehmigt

Klingmüller,
I. V. Dekan

Zum siebzigsten Geburtstag (7. X. 1925)
meinem lieben Vater in Dankbarkeit

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0020

Unter „Melancholie“ verstehen wir heute, den Anschauungen früherer Zeiten entgegen, ein selbständiges Krankheitsbild, eine Psychose, die eine der am häufigsten vorkommenden Geisteskrankheiten darstellt, und deren Erkennung daher praktisch von größter Bedeutung ist. Wir wollen uns hier in erster Linie mit den Krankheitserscheinungen der Melancholie beschäftigen.

Die wesentlichen Symptome bestehen in einer traurigen, nicht genügend motovierten Verstimmung (Depression) des Kranken und in einer Denkhemmung, bei welcher ferner Wahnideen im Sinne der Minderwertigkeit, des Kleinheitswahnes, eine große Rolle spielen. Die Entwicklung ist in den meisten Fällen eine allmähliche, wird oft eingeleitet durch ein Vorstadium mit verschiedenen körperlichen Symptomen (Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Unruhe, Arbeitsunlust, Mattigkeit, Appetitmangel). Das ganze Bild beherrscht die anhaltend traurige Verstimmung, Denk- und Bewegungshemmung. In vielen Fällen bildet sich der Verarmungswahn oder Versündigungswahn mit Selbstvorwürfen oder Krankheitswahn (hypochondrische Vorstellungen) aus; Verfolgungswahn kommt seltener vor, nur bei großer Unruhe und Angstzuständen, hier kann auch das Bewußtsein vorübergehend getrübt sein und Neigung zu Gewalttätigkeiten bestehen. Andererseits können sich bei stärkerer psychomotorischer Hemmung stuporöse Zustände ausbilden. Je nach dem Vorherrschen dieser verschiedenen Krankheitserscheinungen hat man die Melancholie in die drei folgenden Formen eingeteilt:

1. Die Melancholia simplex.

Sie ist ausgezeichnet durch traurige Verstimmung mit leichter Denk- und Bewegungshemmung und das Gefühl der „subjektiven Insuffizienz“. Aeußerlich sonst ein geordnetes Gebahren, doch besteht auch hier schon Selbstmordneigung.

2. Die Melancholia agitata sive activa
(auch Angst-Melancholie genannt).

Hier stehen Angst, motorische Unruhe, lautes Jammern,

Zwangsvorstellungen, Wahnideen, Gewalttätigkeiten, seltener Tobsucht und Halluzinationen im Vordergrunde.

3. Die Melancholia atonita sive stupida.

Diese zeichnet sich durch den depressiven Gesichtsausdruck des Kranken, bei starker allgemeiner Hemmung bis zum Stupor aus, ferner Einsilbigkeit bis zum Mutismus.

Diese drei verschiedenen Arten der Melancholie sind natürlich nicht immer rein als solche vorhanden, es kommen auch Misch- und Uebergangsformen zur Beobachtung, je nach dem Verlauf des einzelnen Falles; in der Praxis kann man sich aber immer an diese Formen halten.

Nachdem ich so zur Einführung ein kurzes allgemeines Bild und die Einteilung der Melancholie gebracht habe, möchte ich nun die Symptome der Reihe nach einzeln näher betrachten.

Als hervorstechendes und einziges, nie fehlendes Symptom fällt uns vor allem die traurige Verstimmung (Depression) des Melancholikers in die Augen, in ihren nach Alter, Geschlecht, Stand, Temperament, Intelligenz variierenden Abstufungen und Nuancierungen: Sie wird dadurch gekennzeichnet, daß alle Empfindungsreize und alle Vorstellungen von intensiven Unlustgefühlen begleitet sind. Der Ausgangspunkt der traurigen Verstimmung ist sehr häufig in schmerzlichen, gemütserschütternden Anlässen (Tod eines geliebten Familiengliedes, Unglück in der Liebe, enttäuschte Hoffnungen, Geldverluste usw.) gelegen, und kann die Grenzlinie zwischen physiologischer Traurigkeit, Kummer, Sorge und pathologischer Gemütsdepression im einzelnen Falle recht schwierig zu finden sein. Binswanger urteilt hierüber: „Im allgemeinen ist die traurige Verstimmung dann als krankhaft zu betrachten, wenn ein grelles Mißverhältnis zwischen den gemütlichen Anstößen und der Schwere, resp. Dauer der gemütlichen Depression besteht. Außerdem ist maßgebend der Einfluß, welchen die Stimmungsanomalie auf die Gesamtheit der psychischen Vorgänge einschließlich der Handlungen und auf den körperlichen Zustand gewinnt". Am reinsten tritt uns der pathologische Charakter der traurigen Verstimmung in den Fällen entgegen, in welchen sie ohne jeglichen Zusammenhang mit bestimmten äußeren Anlässen entsteht. Kraepelin schildert diese Depression in folgen-

den Worten: „Die Stimmung des Kranken wird bald durch eine tiefe innere Mutlosigkeit und trübe Hoffnungslosigkeit, bald mehr durch unbestimmte Angst und Unruhe beherrscht. Ihm ist schwer ums Herz; nichts vermag sein Interesse dauernd anzuregen; nichts macht ihm Freude. Er hat keinen Humor, kein religiöses Gefühl mehr, ist unzufrieden mit sich selbst, gleichgültig geworden gegenüber seinen Angehörigen und dem, was ihm früher das Liebste war. Düstere Gedanken steigen auf, seine Vergangenheit, wie seine Zukunft erscheinen ihm im gleichmäßig trüben Licht. Er fühlt, daß er nichts wert ist, weder körperlich noch geistig; er taugt zu nichts mehr, kommt sich vor „wie ein Mörder". Sein Leben ist verpfuscht; er paßt nicht für seinen Beruf, will umsatteln, hätte sein Leben anders einrichten, sich mehr zusammennehmen sollen. Er fühlt sich vereinsamt, namenlos unglücklich, als „Enterbter des Schicksals"; er zweifelt an Gott und schleppt sich mit einer gewissen dumpfen Ergebung, die jeden Trost und jeden Lichtblick ausschließt, mühsam von einem Tage zum andern hin. Alles ist ihm verleidet; alles greift ihn an, Gesellschaft, Musik, Reisen und Berufstätigkeit'" Hierin spricht sich das Gefühl der „subjektiven Insuffizienz", des eigenen Unvermögens, der Minderwertigkeit, aus.

Diese depressive Phase betont also alle Erlebnisse schmerzlich. Auch der mimische Ausdruck des Patienten ist ein schmerzlicher, verzweifelter, ängstlicher, meist mit sehr geringer Beweglichkeit. In schweren Fällen versagt regelmäßig die mimische Tränensekretion; die Patienten verziehen das Gesicht, schluchzen, alles genau wie beim Weinen, die Augen bleiben aber trocken. Ein besonders bemerkbares mimisches Zeichen der Depression entsteht dadurch, daß die Hautfalte des Oberlides an der Grenze ihres inneren Drittels nach oben und ein wenig nach hinten verzogen wird, so daß der Bogen daselbst in einen Winkel verwandelt wird. (= Veraguthsche Falte.)

Hand in Hand mit der Depression geht oft eine allgemeine Erschwerung im Ablauf der geistigen Bewegungsvorgänge, die sich bis zur völligen Hemmung derselben steigern kann. Diese psychomotorischen Hemmungszustände bestehen in einer Denk-, Willens- und Bewegungshemmung. Die Denkhemmung (Erschwerung des Vorstellungsablaufes) ist eine fast regelmäßige

Folgeerscheinung der gemütlichen Depression. Der Gedankenablauf ist gehemmt, geht langsamer, der Patient hat Mühe, etwas auszudenken; es kommt hier zu einer Gedankenarmut, in welcher aber die gedrückte Gemütsstimmung besonders hervortritt. Ein Wechsel der Zielvorstellungen kostet große Anstrengungen, oder ist gar nicht möglich; die Kranken fallen immer wieder in die nämlichen Ideen traurigen Inhalts zurück, oder sie kommen gar nie von ihnen los, und wälzen immer nur diese verzweifelten Gedanken mit sich (Monideismus). Sie lassen sich gar nicht von diesen abbringen, im Gegenteil durch „Ablenkung", d. h. Vermehrung der Sinneseindrücke, wird der Schmerz meist verstärkt. Sehr charakteristisch schildert Kraepelin diese Denkhemmung, er sagt: „Dem Patienten wird das Denken schwer, eine Störung, die er in den mannigfaltigsten Wendungen schildert. Er kann die Gedanken nicht sammeln, nicht zusammennehmen; sie sind wie gelähmt, gehen nicht weiter. Der Kopf ist ihm eingenommen, ganz dumm, als ob ein Brett sich vorgeschoben hätte; alles geht durcheinander. Er vermag nicht mehr aufzufassen, dem Gedankengange eines Buches, eines Gespräches zu folgen, fühlt sich müde, abgespannt, unaufmerksam, innerlich leer; er hat kein Gedächtnis, beherrscht die ihm sonst geläufigen Kenntnisse nicht mehr, muß sich auf die einfachsten Dinge lange besinnen." Schüle spricht von einer „Gebundenheit des Vorstellungsablaufes", Wernicke führte für die Denkhemmung den Begriff der „intrapsychischen Hypofunktion" ein und leitet von ihr alle übrigen Symptome der Melancholie ab, Bleuler spricht von einer „melancholischen Erschwerung der Assoziationen".

Neben der Denkhemmung besteht auch eine Willenshemmung, ein Mangel an Tatkraft. Der Kranke ist „mutlos und willenlos", wie ein Rad am Wagen, das einfach mitläuft, innerlich erstarrt und versteinert. Er kann sich nicht aufraffen, sich zu nichts entschließen, nicht mehr arbeiten, macht alles verkehrt; er muß sich zu allem zwingen, weiß nicht, was er anfangen soll. Jede kleinste Leistung kostet ihm eine unerhörte Anstrengung; selbst die alltäglichsten Verrichtungen, das Aufstehen, Ankleiden, Waschen werden nur mit größter Mühe erledigt, unterbleiben schließlich auch wohl ganz. Arbeiten, Besuche, wichtige Briefe, Geschäfte stehen wie ein Berg vor dem Kranken und bleiben lie-

gen, weil er nicht die Kraft findet, die entgegenstehenden Hemmungen zu überwinden. Beim Spazierengehen bleibt er oft stehen, unschlüssig, wohin er sich wenden soll, fürchtet sich vor jeder Begegnung, jedem Gespräche, wird menschenscheu und zieht sich zurück, weil er niemanden mehr ansehen, nicht unter die Leute gehen kann.

So kommt es dann auch zu einer Bewegungshemmung, die Bewegungen werden mühsam, langsam, kraftlos. Die Glieder sind schwer „wie Blei". Bewegungen kosten ebensoviel Anstrengung, wie das Denken. Der Kranke verzichtet schließlich auf jede Betätigung, sitzt tagelang da, die Hände in den Schoß gelegt, stumpf vor sich hinbrütend. Seine gramvollen Züge zeigen kein Mienenspiel,die spärlichen sprachlichen Aeußerungen erfolgen mühsam, leise, eintönig und einsilbig, bisweilen entwickelt sich eine förmliche „Bettsucht"; die Kranken versprechen immer wieder „morgen" aufzustehen, haben aber stets neue Vorwände, liegenzubleiben.

In ihren höchsten Graden kann die geschilderte psychomotorische Hemmung in einen sogen. „Stupor" übergehen. (Melancholia stupida sive atonita). Der Gesichtsausdruck des Kranken verrät während des Stupors mitunter noch die traurige Verstimmung, häufiger macht er einen erstaunten ratlosen Eindruck. Von den Kranken selbst ist nichts mehr zu erfahren, was in ihnen vorgeht, da sie auf Fragen nicht mehr antworten, tage- und wochenlang kein Wort sprechen. Sie liegen stumm im Bette und sind völlig in sich versunken, unempfindlich gegen äußere Reize, müssen oft sogar zur Entleerung der Blase und des Mastdarms angehalten, in manchen Fällen gefüttert werden. Es kommt hierbei zu kataleptischen Zuständen leichteren Grades, die Extremitäten verharren in der ihnen gegebenen Stellung, aber nur solange wie der Arzt den Patienten ansieht, oder bis es dem Kranken unbequem wird; in diesen Fällen sind die Gelenke auffallend schlaff (Pseudoflexibilitas nach Wernicke). Mitunter zeigen die stuporösen Patienten ein hartnäckiges ängstliches Widerstreben gegen alle Handlungen und Bewegungen,die man mit ihnen vornehmen will. Sie spannen bestimmte Muskelgruppen an, so daß es z. B. nicht gelingt, die Kranken zum Oeffnen des Mundes bei dem Versuch, ihnen Nahrung einzuflößen, zu bewegen.

Die Besonnenheit und Orientierung ist bei den psychomotorisch gehemmten Kranken trotz dieser Erschwerung der Auffassung und des Denkens völlig erhalten. Oft besteht auch ein lebhaftes Krankheitsgefühl, nicht selten sogar eine gewisse Krankheitseinsicht. Andere Patienten jedoch meinen, sie seien nicht krank, nur willenlos, könnten sich wohl aufraffen, wollten nur nicht, simulierten. Nur bei der Melancholia stupida ist die Orientierung und Auffassung wesentlich gestört, so daß die Erinnerung nach der meist ziemlich rasch eintretenden Aufhellung des Bewußtseins sehr unklar ist.

Vielfach schildern die Kranken jene Veränderung ihres inneren Zustandes, die man als „Depersonalisation" zu bezeichnen pflegt. Ihre Vorstellungen entbehren der sinnlichen Färbung. Die Eindrücke der Außenwelt erscheinen fremdartig, wie aus weiter Ferne, wecken keinen Widerhall im Innern; der eigene Körper wird als nicht zugehörig empfunden, die Stimme klingt blechern. Das Denken und Handeln geht ohne Zutun des Kranken vonstatten; er kommt sich vor, wie ein Automat.

Sehr mannigfaltige Bereicherungen kann das Bild der Melancholie durch die recht häufig erfolgende Entwicklung von Wahnideen und Sinnestäuschungen erfahren, diese entspringen sekundär der krankhaften Depression und sind als Erklärungsversuche aufzufassen. Durch das Grübeln nach dem Warum seines Zustandes und die wiederholten Fragen nach der Ursache seiner geistigen Minderwertigkeit kommt der Melancholiker oft dazu, in sich selbst, in seiner Veranlagung, seinen Fehlern und Schwächen den Grund dafür zu suchen. Es kommt dann so zu Selbstvorwürfen. Er sucht in seiner Vergangenheit nach irgendwelchen Fehlern und sieht in ganz geringfügigen Dingen schwere Verbrechen, die er sich zur Last legt. Auf diese Weise entstehen die Wahnideen im Sinne der Minderwertigkeit, des Kleinheitswahnes.

Die größte Rolle pflegt der Versündigungswahn zu spielen, Kraepelin schildert ihn in folgenden Worten: „Der Kranke ist von Jugend auf der schlechteste Mensch, ein Scheusal mit Bosheit gefüllt, hat ein abscheuliches Leben geführt, die Arbeit möglichst durch andere besorgen lassen, im Amte nicht seine volle Kraft eingesetzt, einen falschen Eid geschworen, er hat alle belei-

digt, jemanden beim Kaufe übervorteilt, sich gegen das sechste Gebot verfehlt...“ — Einen besonders günstigen Boden für den Versündigungswahn bildet das religiöse Gebiet. Der Kranke ist ein großer Sünder, kann nicht mehr beten, hat die 10 Gebote vergessen, den Glauben, die ewige Seligkeit verloren, die Sünde wider den Heiligen Geist begangen. Er ist vom Herrgott abgefallen, vom Satan umklammert, er muß büßen. Solche und ähnliche Vorstellungen werden bei den Kranken oft beobachtet.

An zweiter Stelle steht der Verarmungswahn. Die Kranken werfen sich vor, schlecht gewirtschaftet zu haben. Glauben zu verarmen, wobei es gar nichts nützt, ihnen ihre Geschäftsbilanzen und Wertschriften zu zeigen; das hat für sie alles keine Bedeutung. Es sind doch immer Schulden da oder Ansprüche zu erwarten, die alles zu nichte machen. Alles ist dahin, nicht mehr ein Stück Brot im Hause, der Hungertod ist die verdiente Strafe; auch die Familie kommt durch ihre Schuld ins Elend.

In vielen Fällen tritt auch ein Krankheitswahn auf; tritt dieser besonders hervor, so spricht man direkt von einer „hypochondrischen Melancholie“. Wir finden alle möglichen Grade von hypochondrischem Wahn, vom leichtesten bis zum schwersten, von Empfindungsstörungen, die man in ihrer geringen Intensität und Ausbreitung ebensogut für körperliche Beschwerden halten könnte, bis zur Vorstellung eines unheilbaren Leidens, von Beängstigungen, die noch im Bereich der Möglichkeit liegen, bis zu Befürchtungen und Wahnideen, die einen vollkommen unsinnigen, absurden Charakter haben. Der Kranke glaubt häufig unheilbar krank zu sein, halb tot, kein richtiger Mensch mehr, er hat ein Lungenleiden, einen Bandwurm, einen Krebs im Halse, kann nicht schlucken, behält das Essen nicht bei sich, hat so dünnen und häufigen Stuhl. Besonders häufig sind die hypochondrischen Wahnbilder in der Involutionszeit, sie sind abhängig von den zahlreichen Sensationen des alternden Körpers.

In Form von Beziehungswahn knüpfen die Kranken manchmal neue Ideen an das an, was um sie vorgeht, sie sind schuld, daß die anderen Patienten krank sind, daß einer gestorben ist; ihretwegen ist der Krieg ausgebrochen; ihrer Sünden wegen müssen auch andere leiden, die Menschen müssen sie verachten; sie müssen dafür schwer bestraft werden, sie haben ihre Qualen verdient.

Seltener sind Verfolgungsideen, sie stehen oft in engster Verbindung mit dem Versündigungswahn. Kraepelin schildert sie folgendermaßen: „Den Kranken erwartet überall Schande und Spott; er ist ehrlos, kann sich nirgends mehr sehen lassen. Die Leute schauen ihn an, stecken die Köpfe zusammen, reden über ihn; sie mißbilligen seine Anwesenheit. Er ist allen ein Dorn im Auge, überall bemerkt er Zeichen. Ueberall droht dem Kranken Gefahr. Er wird vom Gericht verurteilt; das Schaffot ist schon gezimmert. Er muß nackt und elend herumlaufen, ist ganz verlassen, aus der menschlichen Gesellschaft ausgeschlossen". Es sind dies Beobachtungen, in denen die ganze Umgebung dem Kranken in feindlichem Sinne verändert erscheint.

Das Bewußtsein der Kranken ist bei diesen Wahnideen meistens ungetrübt, Intelligenz, Besonnenheit und Orientierung erhalten. Die Kranken fassen die Reden und Vorgänge in ihrer Umgebung richtig auf, freilich um sie vielfach in wahnhafter Weise umzudeuten.

Neben diesen Wahnideen treten in manchen Fällen auch Vorstellungen auf, die sich dem Patienten zwangsweise aufdrängen (Zwangsvorstellungen), zwangsmäßige Befürchtungen und Antriebe, von deren Widersinnigkeit er völlig überzeugt ist. Hier kommen vor: Platzangst, Schmutzangst, die Befürchtung, sich einen Holzsplitter eingestoßen zu haben und an Blutvergiftung sterben zu müssen, lästerliche oder unreine Gedanken, die Idee, seinen Liebsten etwas Leides angetan, andere umgebracht, Brod und Geld gestohlen, alle Verbrechen begangen zu haben, die in der Zeitung stehen usw.

Sinnestäuschungen = Halluzinationen treten nicht so selten im Verlauf der Melancholie auf, jedoch meist nur sporatisch, hauptsächlich als solche des Gesichts oder des Gehörs; in der Mehrzahl sind sie nicht als echte Halluzinationen, sondern als Ausfluß der depressiven Verstimmung und dadurch begünstigten illusionären Umdeutung der Umgebung aufzufassen. Die Kranken sehen Gestalten, Geister; ihnen wird etwas vorgespiegelt, „allerlei Teufelswerk". Die Kranken hören von weit her Musik, oder Stimmen, Schimpfworte, Drohungen; die Mütter hören ihre

Kinder schreien, usw. Im allgemeinen treten die Halluzinationen nicht sehr in den Vordergrund.

Im auffallenden Gegensatz zu den durch Hemmung auf psychomotorischem Gebiete ausgezeichneten Fällen von Melancholie steht diejenige Form, bei welcher als Hauptsymptom der Angstaffekt im Vordergrunde steht, die Melancholia agitata, sive activa (Angst-Melancholie). Hier besteht statt der Hemmung der Trieb, die innere Spannung durch Bewegungen auszudrücken, oder loszuwerden; im Gegensatz zum Normalen sehen wir, daß diese krankhafte Angst die Bewegungen und psychischen Vorgänge überhaupt nicht hemmt. Teils infolge der Wahnideen und Selbstvorwürfe, teils aus unbekannten Ursachen treten die Angstgefühle auf, sie können von der einfachen ängstlichen Verstimmung bis hinauf zu den höchsten, verzweifeltsten und qualvollsten Angstgefühlen alle Stufen durchlaufen. Diese sehr häufig auftretende Angst (etwa in 70 % aller Melancholien) ist meist von körperlichen Symptomen begleitet; oft findet man einen verstärkten Tonus des Herzens, das dann als etwas Schweres, Drückendes und oft auch Schmerzhaftes in der Brust wahrgenommen wird; auch im Unterleib kann ein Wallen oder Pulsieren oder ein heißer Strom empfunden werden. An den Ort der stärksten Empfindung wird dann die „Angst" lokalisiert; so spricht man von Herzangst = Präkordialangst, Kopfangst, Bauchangst usw. Den Entstehungsort der so häufig vorkommenden Präkordialangst verlegt von Krafft-Ebing in das Herznervengeflecht. Die Angst kann auch ohne Verbindung mit Vorstellungen sein, der Kranke kann Angst haben ohne zu wissen warum, und sich ganz klar sein, daß kein Grund dazu da ist (= frei flottierende Angst). In vielen Fällen schafft sich erst die Angst Vorstellungen, an die sie geknüpft wird, und die sie scheinbar bedingen. Der Aengstliche greift irgend etwas auf, was Angst machen könnte, z. B. eine schwierige pekuniäre Lage; wenn ihn aber die Umstände davon überzeugen können, daß die Vorstellungen falsch waren, so ist deswegen die Angst nicht besser, sondern sie knüpft an neue Ideen an. So entstehen aus der Angst oft ohne jeden äußeren Anhaltspunkt wieder Wahnideen verschiedenster Art.

Die Angst-Melancholie äußert sich in größerer motorischer Unruhe, dem ziel- und zwecklosem Umherlaufen, lautem Jammern,

manchmal auch in triebhaften Handlungen. Westphal schildert diesen Zustand in folgender Weise: „Die Kranken kommen, von lebhafter Angst getrieben, keinen Augenblick zur Ruhe, sie ringen die Hände, reiben und zerkratzen ihren Körper, zupfen an den Bettdecken, zerraufen sich die Haare. Oft sind sie nicht im Bett zu halten, sie laufen unstet, laut vor sich hinjammernd, im Zimmer umher. In abgerissener, sich überstürzender Weise bringen sie hierbei die mannigfachsten melancholischen Wahnideen vor". Die ängstlichen Vorstellungen pflegen nicht immer von gleicher Intensität zu sein, sondern zu gewissen Zeiten, besonders morgens, eine Steigerung zu erfahren. Für alle Beruhigungsversuche sind die Kranken unzugänglich.

Als Raptus melancholicus wird die Erscheinung beschrieben, wo die Kranken plötzlich mit großer Kraft irgend etwas anstellen, triebartige, gewalttätige Handlungen. Es handelt sich hier um eine anfallsartige, lebhafte, in manchen Fällen mit Trübung des Bewußtseins einhergehende Steigerung des Angstaffekts; nach dem Anfall pflegt dann meist sehr schnell die äußere Ruhe zurückzukehren.

Unter den Gewalttätigkeiten spielt der Selbstmord die wichtigste Rolle. Die sehr starke Selbstmordneigung der Melancholiker ist von aller größter praktischer Bedeutung. Bisweilen begleitet sie dauernd den ganzen Krankheitsverlauf, ohne daß es doch wegen der Entschlußunfähigkeit der Kranken zu einem ernsthaften Versuch kommt. Der Kranke möchte sterben, bittet z. B. ihm Gift zu besorgen, knüpft sich ein Tuch um den Hals, will sich erhängen und dergl. Die Selbstmordgefahr ist unter allen Umständen eine ungemein ernste, da die Willenshemmung rasch verschwinden oder durch eine heftige Gemütsbewegung durchbrochen werden kann. Manchmal tritt der Selbstmorddrang ganz plötzlich auf, ohne daß die Kranken sich über ihre Beweggründe Rechenschaft geben können. Bisweilen ist ein Selbstmordversuch auch das erste deutliche Krankheitszeichen. Nur allzuoft verstehen es die Kranken, ihre Selbstmordabsichten hinter einem anscheinend heiterem Wesen zu verbergen, um dann die Durchführung ihrer Absicht im geeigneten Augenblicke planmäßig vorzubereiten. Die ihnen zu Gebote stehenden Möglichkeiten sind zahlreiche (Kraepelin).

Die Gefahr des Selbstmordes ist besonders bei allen mit Angstaffekten verlaufenden Fällen eine außerordentlich große. Sie kann aber auch bei allen anderen Formen von Melancholie kaum jemals mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Oft werden auch an anderen Personen Gewaltakte begangen, mit der Absicht, dadurch vom Gericht zum Tode verurteilt zu werden. Dieser sogen. „indirekte Selbstmord“ wird auch durch hartnäckige Nahrungsverweigerung mitunter versucht, die Kranken wollen sich durch Verhungern den Tod geben. Die Entstehung dieser Gewalttaten leitet v. Krafft-Ebing aus drei verschiedenen Momenten ab. Einmal aus der schmerzlichen Verstimmung (Depression) und Zwangsvorstellungen, zweitens aus Affekten der Angst, drittens aus Wahnideen und Sinnestäuschungen.

Schließlich werden bei der Melancholie noch zahlreiche körperliche Symptome beobachtet; sie finden sich auch in dem einleitenden Vorstadium. — Störungen der Verdauung spielen eine wichtige Rolle. Sehr häufig klagen die Kranken über Appetitlosigkeit und Obstipation, letzte kann mitunter sehr hartnäckig sein. Ferner sinkt das Körpergewicht der Patienten in den meisten Fällen stark. Mitunter wird auch Subazidität, Magenplätschern und Ikterus beobachtet.

Schlaflosigkeit kommt fast regelmäßig vor. Der Schlaf ist meist gestört durch ängstliche Träume oder zum mindesten unruhig.

Auch Kreislaufstörungen kommen vor. Die Herztätigkeit pflegt schwach zu sein; der Puls ist öfters unregelmäßig, klein, verlangsamt, jedoch manchmal auch beschleunigt unter dem Einfluß der ängstlichen Erregung. Angst erhöht auch den Blutdruck. Die Extremitäten fühlen sich häufig kalt an, werden vom Patienten als „abgestorben“ empfunden. Zufällige Befunde sind Arteriosklerose, Herzvergrößerung, systolisches Geräusch.

Die Atmung wird leicht gestört, sie ist verlangsamt, oberflächlich, die Inspiration unausgiebiger; hiermit hängen häufige Opressionsgefühle zusammen; durch die Angst kann die Atmung auch beschleunigt werden.

Die Menstruation zeigt häufig während der Erkrankung Unterbrechungen, zessiert nicht selten oder ist gestört (nach Schott in 40 % aller Fälle).

Von anderen akzessorischen Symptomen der Melancholie sind wieder nervöse zu erwähnen. Die Kranken beklagen sich vorwiegend über allerlei Schwächen, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Beklemmungsgefühle verschiedenster Art u. a. Parähsthesien. Der Anfang der Krankheit imponiert daher öfters als „Neurasthenie". Auch flüchtige hysteriforme Syndrome können vorkommen, z. B. Ohnmachten, Schwindelanfälle, Weinkrämpfe.

Durch Verminderung des Tonus der Muskulatur wird die Haltung des Patienten gleichförmig, schlaff und gebückt, mit Neigung zum Anziehen der Gliedmaßen; die Bewegungen sind langsam, mühsam und möglichst wenig ausgiebig. In der Schrift sehen wir öfters die Neigung, die Zeilen nach unten zu ziehen. Die Sprache ist meist leise, eintönig und stockend. — An der Schlundmuskulatur finden wir manchmal einen verstärkten Tonus, dieser verursacht ein quälendes Gefühl der Einschnürung und kann Anlaß zu Nahrungsverweigerung geben.

Schott fand ferner noch an körperlichen Symptomen im Verlaufe der Melancholie: eine Erhöhung des Kniephänomens in etwa 20 %, eine Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit in 10 % aller Fälle, ebenso oft wurde das vasomotorische Nachröten als „erhöht" angegeben. Gröbere Sensibilitätsstörungen wurden nie beobachtet.

Aus vorstehender ausführlicher Schilderung ersehen wir, daß die Symptome der Melancholie sehr zahlreiche und mannigfaltige sind. Eine scharfe Trennung der Melancholia simplex, atonita und agitata ist, wie schon eingangs erwähnt, nicht immer durchführbar, da zwischen diesen Zuständen die mannigfachsten, fließenden Uebergänge vorkommen. — Meine Aufgabe war es, die Krankheitserscheinungen der Melancholie möglichst eingehend zu beschreiben, ich will daher auch auf den zusammenhängenden Verlauf, die Prognose und Behandlung der Melancholie nicht besonders eingehen. Nur einige Punkte möchte ich noch kurz hervorheben.

Nach Schott läßt sich eine klinische, durchgreifende Verschiedenheit in der Symptomatologie der Jugendlichen Melancholie und derjenigen, des höheren Alters nicht nachweisen.

Die Hauptgefahren der Melancholie bieten ohne Zweifel die so häufig vorkommenden Selbstmordversuche, ferner die Gewalttätigkeiten der Kranken im Raptus melancholicus, die Angriffe auf andere Personen und die halluzinatorischen Zustände.

Hiernach hat sich auch die Behandlung der Melancholiker zu richten. Vor allen Dingen muß eine Unterbringung in geschlossene Anstalten stattfinden, da nur durch eine dauernde Beaufsichtigung die Selbstmordversuche und andere Gewalttaten verhütet werden können. Die übrige Behandlung besteht in Bettruhe, Regelung des Schlafes, Beruhigungsmittel (Opium, Pantopon, warme Bäder), Bekämpfung der erwähnten körperlichen Symptome und psychische Beeinflussung.

Die Prognose betreffend gibt uns die Symptomatologie keine wesentlichen Anhaltspunkte, es sind nur wenige Symptome, welche eine Vermutung auf den weiteren Verlauf zulassen. So ist der Beziehungswahn für die Melancholie des höheren Lebensalters von weniger günstiger Bedeutung, dasselbe trifft für die Halluzinationen zu; auch in den Fällen mit Zwangsvorstellungen und Stupor werden weniger Heilungen beobachtet. Hypochondrische Melancholien zeigen keine größere Neigung zu rezidivieren, vermindern aber vielleicht in den höheren Jahrzehnten den Heilungsprozentsatz. Rezidive sind besonders bei Vorhandensein größerer Hemmungserscheinungen zu erwarten. Die verschiedenen Altersstufen der Patienten spielen in der Prognose eine größere Rolle als die Symptome. Wir können heute sagen, daß die jugendlichen Melancholien häufiger rezidivieren (besonders wenn erbliche Belastung vorliegt); in bezug auf Heilung bieten sie aber günstigere Chancen, als die Melancholien des höheren Lebensalters, letztere gehen häufig in dauernde geistige Schwäche über.

Die Krankheitsdauer schwankt zwischen ½ bis 1, ja bis 5 Jahre und mehr. In der Aetiologie spielt die erbliche Belastung die größte Rolle, sie wurde z. B. von Schott in 50 % aller Fälle beobachtet; unter den auslösenden Ursachen sind psychische Einflüsse am häufigsten, körperliche Erkrankungen stehen an zweiter Stelle. — Das Verhältnis der Melancholien des männlichen zu denen des weiblichen Geschlechts ist nach Schott gleich 1 : 2,5. — Differentialdiagnostisch muß in Betracht gezogen werden, die Demertia paralytica, Hebephrenie und Katatonie, Paranoia chro-

nica, Arteriosklerotische Demenz und senile Demenz, Epilepsie und Hysterie.

Folgende 5 Fälle aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel mögen das über die Symptomatologie der Melancholie Gesagte illustrieren.

I. Fall.

Landwirt C. C., 37 Jahre alt, verheiratet.

Aufgenommen am 15. V. 24, entlassen als gebessert am 21. VI. 24.

Anamnese: abgegeben von der Ehefrau des Patienten.

Vater lebt und ist gesund. Mutter starb früh an Tuberkulose, mit etwa 33 Jahren. Drei Geschwister leben. sind gesund; zwei Stiefgeschwister desgleichen. — Patient selbst 1. Kind, Zwillingsbruder. Krankheiten in der Kindheit vorhanden, litt später am Magen und an Lungenentzündung. Auf der Schule hat er gut gelernt, erst Dorfschule, dann Oberrealschule in F. Bis „Landwirtschaftsprima". Dann beim Vater Landwirt gelernt. Einige Jahre als Eleve in zwei Stellen. Wurde dann in D. krank, Arbeit war ihm zu schwer, Ermattung. Aktiv gedient, in Berlin bei der Artillerie. 1912 den väterlichen Besitz gepachtet. 1914 eingezogen, Beinbruch durch Hufschlag, kam ins Lazarett. War Leutnant, bildete Rekruten aus, kam nicht wieder ins Feld. War auch schwächlich, wegen der Lunge einmal in St. Blasian. Ab und zu leichte Erkältungen; hatte mit den Augen was zu tun gehabt. 1919 verlobt, 1920 geheiratet, 2 Kinder, das älteste ist etwas schwächlich. Keine Fehlgeburt. Im Kriege wollte er sich verloben, es wurde nichts, weil sie sich nicht verstanden, war damals gedrückt. Immer recht nervös, leicht aufgeregt.

Seit Januar dieses Jahres im Wesen verändert. Auf einer Versammlung hatte ein Bekannter zu ihm gesagt: „er hätte lange gefeiert, hätte bis 4 Uhr ausgehalten". Pat. machte sich nun Vorwürfe, er hätte mit einer verheirateten Frau zusammen getanzt, meinte, das hätte der andere wohl dabei gedacht. Ein anderer hatte ihn gefragt, als er mit dieser Dame auf einer früheren Gesellschaft im Garten ging, „wo kommt Ihr denn her?" Darauf hatte er gesagt, „mit einer verheirateten Frau könne man alles machen!" Er dachte, weil sie selbst Hüterin ihrer Ehre ist, sagte es aber nicht. Nachher glaubte er, es sei falsch verstanden worden. Machte sich Vorwürfe, er habe die Sache zuweit getrieben, sich zu weit eingelassen, trotzdem gar nichts vorlag. Er war immer nur sehr höflich und gesellig. — War nie untreu, lebt mit der Ref. gut miteinander. Im Anfang der Ehe war er eifersüchtig auf seine Frau; trotzdem kein Grund vorlag; es war sein Bruder, der zu Besuch da war.

Seit Januar dieses Jahres niedergeschlagen, machte sich Vorwürfe, hatte Seelenkämpfe. Glaubte, er hätte seine Ehre verloren, die Leute sprächen über ihn. Glaubte auf der Straße sähe man sich nach ihm um, lachte über ihn; besonders zuletzt, als er selbst die Sache unbedeutend und lächerlich

fand. Hatte zu nichts Lust. Machte seine Arbeit, keine Verkehrtheiten Schlief schlecht, die ersten 7 Wochen fast gar nicht, lag immer wach, kämpfte mit sich. Glaubte, seine Krankheit wäre eine Strafe von Gott, d. h. krank fühlte er sich nicht, wohl aber, daß dies alles gekommen war. Weinte manchmal, keine Selbstmordgedanken, wohl weil er zu christlich war, war aber lebensmüde, weil er zu nichts taugte. Konnte sich zu nichts entschließen. Wollte zur Kur nach Thüringen fahren; je weiter sie aber kamen, desto trauriger wurde er, bekam Heimweh, daß er so weit von Frau und Kindern wegsollte; kehrte dann mit der Frau um, die selbst unschlüssig war. Zu Ref. bis zuletzt immer Vertrauen; galubte, das Personal redete über ihn.

Pat. kommt in Begleitung der Frau zur Aufnahme, ist recht unruhig, aufgeregt, meinte zu seiner Frau: „Es sei doch falsch, daß er hergekommen sei, sie solle es doch noch mal zu Haus versuchen. — Pat. ist nachher in großer Unruhe, was die Frau wohl zu Protokoll gegeben habe. Ruht nicht, bis er den Inhalt zu wissen bekommt.

Exploration:

Pat. bestätigt dann die Angaben der Frau im wesentlichen. Er will selbst über seine erste Verlobungsgeschichte nichts sagen, betrachtet anscheinend überhaupt die Unterhaltung darüber als Eingriff in seine Privatgeschichten. Gibt zu, seit Januar dieses Jahres niedergeschlagen, gedrückt gewesen zu sein, will aber nicht darüber sprechen, „das ist alles überwunden! Niemanden haben wirs erzählt, warum sollen wir es dann hier an die Glocke bringen". Will auf weitere Fragen nicht eingehen, die Sache sei für ihn erledigt.

Körperlicher Befund:

Größe: 1,76 m. Gewicht: 70 kg. Temp. 37,1°.

Kräftig gebaut, gut ernährt, normale Haut- und Schleimhautfarbe.

Kopfmaße: 16 : 19,5 : 58 cm. Schädel nicht klopf- und druckempfindlich.

Augenbewegungen frei.

Pupillen rund, mittelweit, r. = l.

Reaktion: auf Licht bds. +

Convergenz bds. vorhanden.

Conjunct. Refl. +

Corneal-Refl. +

Augenbefund: r. Andeutung von Aderhautentzündung, sonst o. B.

Gesichtsinnervation symmetrisch.

Zunge: gerade, leicht bewegt, zittert etwas.

Gaumenbögen o. B. Würgerefl. + Sprache: o. B.

Mechanische Muskelerregbarkeit: +

Vasomotorische Nachröten: +

O. E. Tonus, Kraft, Reflexe o. B. Kein Tremor manus.

Finger-Nasenversuch +

Abdom.-Refl. + Cremaster.-Refl. +

U. E.: linke Tibia an der Grenze zwischen mittleren und unterem Drittel verdickt (alte Fraktur). Tonus o. B.

Kniephänomen + Achilles-Sehnen-Refl. lebhaft +
Babinski: neg. Romberg: neg. Gang: ob. B.
Sensibilität: intakt.
Lungen: Klopfschall, Atemgeräusch, Grenzen, o. B.
Herz: o. B. Puls 76, gut gefüllt.
Blutdruck: R.R. 112/64 mm Hg.
Leib: weich. Leber, Milz: nicht palpabel.
Urin: Alb. neg. Leukoz. neg.
Krankheitsverlauf:

17. V. Pt. beruhigt sich langsam, wird zugänglicher. Findet sich mit seinem Aufenthalt hier etwas besser ab. Schläft nach Schlafmitteln gut. Hat Pantoponkur und bekommt Bäder. Appetit und Stuhlgang in Ordnung.

22. V. Weitere Besserung. Liest Zeitungen, unterhält sich auch etwas mit anderen Patienten, ist viel ruhiger. Sagt, er fühle sich jetzt schon viel besser, daß er kaum begriffe, wie er vor einer Woche so aufgeregt sein konnte.

24. V. Ruhig, geordnet. Steht seit einigen Tagen mehrere Stunden auf, geht in den Garten. Steht seinen alten Ideen kritisch gegenüber. Scheint abends noch besser und freier als morgens.

10. VI. Stimmung hat sich weiter gebessert. Macht aber noch etwas scheuen, leicht verlegenen Eindruck. Kann besser schlafen.

15. VI. Erkundigt sich bei den Angehörigen noch danach, was die Leute zu Haus über ihn sagen. Kann sich noch nicht davon überzeugen, daß nichts besonderes s. Zt. gewesen ist. Meint, er müsse sich darüber hinwegsetzen.

21. VI. Will noch zur Erholung nach Thüringen. Wird als gebessert entlassen.

II. Fall.

Kaufmann F. W., 53 Jahre alt, verheiratet.
Aufgenommen am 10. X. 24, entlassen als gebessert am 21. XI. 24.
Anamnese: abgegeben vom Sohn des Pat.

Pat. ist Dissident und seit 1914 „ernster Bibelforscher". War früher immer gut aufgelegt, fröhlich. In der Inflationszeit machte er sich Sorgen. Konnte sich schlecht gewöhnen an die Umstellung von Billionen in Rentenmark. In letzter Zeit machte er sich sehr viel Sorgen wegen der hohen Abgaben ans Finanzamt. Klagte viel. Vor drei Wochen versuchte er irgendeine neue Möglichkeit, weil er im Geschäft nichts zu tun hatte. Dies gelang ihm nicht. Kam zu seinem Schwager und äußerte Selbstmordgedanken. Alles würde ihm weggenommen, splitternackt würden sie alle auf der Straße herumlaufen. Die ganze Welt würde zusammenlaufen und ihn ansehen, so etwas wäre noch nie dagewesen. Er wäre ein großer, der größte Betrüger. (Ref. meint, weil er vielleicht nicht alles genau angegeben zu haben glaubte.) Er würde bei lebendigem Leibe verfaulen, weil er aus dem Munde roch. Weinte sehr viel. Dann gings mitunter wieder besser. In den letzten zwei

Tagen Verkehrtheiten, verkaufte im Geschäft vieles billiger, wohl um wieder gut zu machen und kein Betrüger mehr zu sein. Letzte drei Nächte hat er nicht geschlafen, denkt dauernd nach, starrt schweigend vor sich hin. Seit einer Woche in Behandlung, bekam Schlafmittel, die nur anfangs halfen. Wollte zuerst nicht mit hierher in die Klinik. Nach langen Ueberredungsversuchen entschloß er sich plötzlich. Seine Frau ist infolge der Sorgen so herunter, daß sie Schwindelanfälle bekommt. Pat. äußerte hin und wieder in den letzten Tagen, man solle ein Messer holen und ihm die Kehle durchschneiden.

Pat. wird vom Sohn und zwei Bekannten (vom Verein „Ernster Bibelforscher") gebracht. Verhält sich aber ruhig bei der Aufnahme.

Exploration:

Mache sich seit längerer Zeit trübe Gedanken, es waren mehr religiöse, innere Sachen. (Was haben Sie für Gedanken?) Uebers Jenseits. Glaubte er habe zu viel Sünden getan, er bekäme die ewige Abschneidung vom Leben, d. h. er würde an der Auferstehung der Toten nicht teilnehmen. Gibt nur stockend Auskunft, schweigt immer wieder. (Welche Sünde drückte Sie besonders?) Die Sünde der Abschneidung vom ewigen Leben. (Wodurch abgeschnitten?) Die Sünde. (Welche Sünde?) —. (Nicht gut gegen die Frau?) Weniger das. (Gegen die Kinder?) Weniger. (Zu sehr auf ihren Verdienst bedacht?) Nein. (Etwas, was Sie in Ihrer Jugend begangen haben?) Nein, es war etwas, was ich jetzt begangen hatte. (Betrüger?) Ja. (Beim Finanzamt, falsche Angaben?) Ja. (Um welche Steuer?) Umsatzsteuer. (Wieviel beträgt sie?) 2% glaube ich. (Mehrere Monate?) Ja. — Da waren welche da, die das nachsahen. (Nicht alles eingetragen?) Auch nicht. (Sagten die Herren, es stimmte nicht?) Nein. (Größere Posten?) Es war wiederholt. (Von Ihren Einnahmen einiges nicht eingetragen?) Nein. (Was haben Sie vor drei Wochen versucht?) Mit Seifenhandel meint er wohl. (Ging es nicht?) Nein. —

Pat. gibt zu, Suizid-Absichten gehabt zu haben; wollte sich aufhängen. Angeblich keinen Versuch gemacht. Glaubt, man würde ihm alles wegnehmen. (Sagt zu allen Fragen aus der Anamnese des Sohnes: ja.). Hatte mitunter das Gefühl, als ob die Leute über ihn redeten, sich auf der Straße nach ihm umsahen. — (Sie würden bei lebendigem Leibe verfaulen?) Ja. (Wie kamen Sie darauf?) Das waren solche Gedanken, nicht? Er wisse nicht, daß er im Geschäft zu billig verkauft habe. Hatte Gottes Stimme gehört, die ihm sagte: Er würde vom Leben abgeschnitten. Das Gewissen habe es gesagt, die Stimme sprach im Kopf. Sie war ihm bekannt, es sei eben das Gewissen. Habe aber deutlich die Worte gehört. — Pat. sagt dann wieder, es sei, als wenn man Gedanken hätte, man sagte es selbst. Keine Visionen gehabt.

Eltern sind beide tot, Vater starb mit 80 Jahren an Altersschwäche, Mutter mit 70 Jahren desgleichen. 6 Geschwister. Die Mutter war zeitweise schwermütig, auch zuletzt, eine Schwester desgleichen. Sonst keine Nervenkrankheiten in der Familie.

Als Kind gesund; besuchte die Volksschule bis 1. Klasse, lernte so

einigermaßen. Lernte dann Kaufmann im Kolonialwarengeschäft, war Kommis längere Jahre. Nicht aktiv gedient, weil zu schwach. Ursprünglich katholisch erzogen, seit 10 Jahren Bibelforscher, trat aus der Kirche aus. Beschäftigte sich stets viel mit religiösen Gedanken. Vor 18 Jahren geheiratet, Frau hat es mit den Nerven, sie war schon mal hier in der Klinik (wegen Puerperal-Psychose). Er selbst sei auch verschiedentlich krank gewesen „so Schwäche". Im Kriege 1916 eingezogen, war bis 1918 in H. in Garnison. Seit 1906 selbständig. — Nicht getrunken, nicht geraucht, nicht geschlechtskrank. Ab und zu traurig gestimmt „man muß ja leben". Hoffe bald wieder gesund zu werden. Manchmal Angstgefühl, im Kopf, glaubt dann sterben zu müssen.

Körperlicher Befund:

Größe: 1.56 m. Gewicht: 51 kg. Temp. 36,2°.
Kopfmaße: 15 : 18,5 : 55 cm.
Schädel nicht klopf- und druckempfindlich.
Pupillen: rund, mittelweit, r. = l.
Reaktion: auf Licht bds. +
Convergenz bds. vorhanden.
Conj.-Refl.: + Corneal-Refl.: +
Augenbewegungen frei.
Gesichtsinnervation symmetrisch.
Zunge: gerade, belegt, zittert stark. Gaumenbögen o. B.
Würgreflex: + Sprache: o. B.
Völliger Zahnmangel, trägt oben und unten Prothese.
Mechanische Muskelerregbarkeit: +
Vasomotorische Nachröten: +
O. E. Tonus, Kraft, Reflexe o. B. kein Tremor manus.
Finger-Nasen-Versuch +
Abdom.-Refl. + Crem.-Refl. +
U. E. Tonus, Kraft o. B.
Kniephänomen lebhaft + Achilles-Sehn.-Refl. +
Babinski: neg. Romberg u. Gang: o. B.
Sensibilität: intakt.
Lungen und Herz: o. B.
Puls mittel gefüllt, 84. Blutdruck R. R. 140/90 mm Hg.
Leib: o. B. Urin: Alb. neg., Leuk. neg. Reakt. neutral.
Ziemlich klein und schwächlich gebaut.

Krankheitsverlauf:

11. X. Pat. will morgens wieder nach Hause gehen. Er sei doch nur zum Hypnotisieren hergeschickt worden, sei jetzt gesund. Er sorge sich so um seine Frau, die wisse ja gar nicht wo er sei. — War nachts ruhig.

13. X. Liegt still im Bett, scheint ängstlich zu sein. Sieht den Arzt bei der Visite nie an. Bittet jedesmal um seine Entlassung, er müsse doch nach Hause. Ißt nicht allein, wenn er gefüttert wird, sagt er bei jedem Bissen: „Ich darf nicht essen!" Glaubt seine Sachen seien vom Finanzamt

beschlagnahmt. Aengstigt sich um seine Frau. Bei Besuch seines Sohnes (Sohn redete bei der Anamnese recht abfällig von seinem Vater) und anderer Verwandten, ist er ängstlich, und spricht wenig mit ihnen; nachher weint er. In Gegenwart der Badefrau will er sich nicht ausziehen zum Baden: „Das geht doch nicht", läßt sich durch lange Ueberredung dazu bestimmen.

17. X. Leichte Stimmungsschwankungen, manchmal etwas freier, so daß er auch im Saal umhersieht, dann wieder gedrückt; gibt immer mit leiser Stimme Antwort, spricht nicht spontan. Heute liegt er meist unter der Bettdecke.

22. X. Sehr gedrückter Stimmung, liegt immer in derselben Haltung im Bett, oft mit geschlossenen Augen, oft auch mit dem Kopf unter der Bettdecke. Zum Essen muß er meist angehalten werden. Auch beim Besuch von Verwandten ist er recht teilnahmslos. Heute behauptet er, seit er hier ist, noch keinen Stuhlgang gehabt zu haben. Heute 3mal Erbrechen.

28. X. Gedrückte Stimmung, teilnahmslos auch bei Besuchen, Hypochondrische Klagen. Seit 14 Tagen meint er keinen Stuhl mehr gehabt zu haben. Der Stuhl soll verhärtet sein. Auch Urin könne er kaum noch lassen. Meint, das Wasser, das er tagsüber in sich aufnimmt, würde irgendwo im Körper zurückgehalten. Als man ihn zum Essen ermahnt, sagt er leise, seufzend: „Geben Sie mir nichts zu essen, geben Sie mir lieber Giftpillen, oder werfen Sie mich in den Hafen, ich kann nicht essen, es steht mir bis zum Hals. Die Därme sind ein Klumpen." Bekommt Abführmittel und Einlauf, trotzdem kein Stuhlgang, bis er ihn plötzlich nicht mehr zurückhalten kann, so daß der Stuhl ins Bett entleert wird.

1. XI. Stimmung sehr gedrückt. Spricht nie spontan. Wenn er Antwort gibt auf Fragen, spricht er leise, seufzt, sieht den Arzt nie an, verzieht schmerzlich das Gesicht. Die hypochondrischen Klagen werden immer wieder vorgebracht, scheinen langsam sich auszudehnen. Spricht vom Tode.

20. XI. Pat. ist viel freier, fühlt sich bedeutend besser. Habe jetzt wieder Willenskraft. Er spricht sich nun zum Arzt ausführlicher über seine Vorgeschichte aus.

21. XI. Als gebessert entlassen.

III. Fall.

Arbeiter A. G., 54 Jahre alt, verheiratet.

Aufgenommen am 29. IV. 24, entlassen als gebessert am 25. V. 24.

Anamnese: abgegeben vom Schwiegersohn des Patienten.

Die Eltern sind tot. Vater starb durch Unfall, Mutter an Aderverkalkung. 4 Geschwister sind gesund. Von der Jugend und Schulzeit ist nichts bekannt. Nach der Schulentlassung kam er in eine Fischräucherei in die Lehre, nachher war er in einer anderen Räucherei 22 Jahre tätig bis zum Jahre 1916. Dann wurde ihm die Arbeit dort vom Arzt verboten, weil er schlecht Luft bekommen konnte. Er arbeitete seitdem auf einem Holzplatz bis vor 8 Wochen. Er diente aktiv 6 Monate bei der Infanterie, wurde dann entlassen. Weshalb, kann Ref. nicht angeben. Ist ungefähr seit 28 Jahren

verheiratet, 4 gesunde Kinder. Fehl- oder Frühgeburten nicht bekannt. Das Familienleben war gut, man konnte gut auskommen. Der Mann war immer sehr sparsam und hielt das Geld zurück. — Hatte einen doppelten Bruch, sonst nie krank gewesen. Trank nicht, rauchte wenig, priemte nur. Im Winter 23/24 litt er an Magenbeschwerden. Das Essen wollte ihm nicht recht schmecken, er war sehr wählerisch beim Essen, litt an Verstopfung. Er klagte auch viel über Magenschmerzen, die nach seiner Angabe bis in die Knie ausstrahlten. Er suchte den Arzt auf, der aber kein Magenleiden organischer Art feststellen konnte. Seit er die Magenbeschwerden hatte, änderte sich sein Benehmen. Er war oft traurig, glaubte, daß er die Miete nicht bezahlen könnte, daß man ihm die Möbel fortholen würde. Aeußerte auch, daß es wohl das beste wäre, wenn man von der Welt wäre. Hat aber nie von Selbstmordgedanken gesprochen, auch nie einen Versuch gemacht, sich das Leben zu nehmen. In den letzten 14 Tagen wurde es schlimmer mit ihm. Er wollte den Schwiegersohn eines abends nicht nach Hause gehen lassen, weil er meinte, er müsse sterben, wenn dieser fortginge. Als der Schwiegersohn doch ging, lief er ihm barhäuptig nach. — Er glaubte, daß ein Zollbeamter, der über ihm wohnte, ihn anzeigen werde und daß er zwei Jahre ins Zuchthaus müsse. Es lag gar kein Grund vor. Er hatte Holz bekommen, wie alle anderen Leute, die am Platz arbeiteten. Er glaubte, daß der Zollbeamte ihn wegen dieses Holzes zur Anzeige bringen werde. In den letzten Tagen hatte er einen starken Bewegungsdrang, er hielt es überhaupt nicht auf einem Platz aus. Beim Essen stand er immer auf, lief in der Stube umher: so gings den ganzen Tag. Abends war er nicht ins Bett zu bringen, er zeigte gar kein Zeichen von Müdigkeit. War dabei immer in recht trauriger Stimmung. Der Schwiegersohn hat ihn überhaupt nie in lustiger aufgeräumter Stimmung gesehen. Er glaubte auch, daß die Leute über ihn sprächen; sonst keine Halluzinationen. Gestern abend weigerte er sich, nach Kiel mitzugehen. Heute ging er ruhig mit und fragte nur, ob er auch nicht in die Nervenklinik solle.

Pat. kommt in Begleitung seines Schwiegersohnes zur Aufnahme, geht ruhig auf die Station.

Exploration:

Ist seit 4 Wochen unruhig. Herzklopfen und Angstgefühl. „Das ist hauptsächlich daher gekommen, daß ich nicht genug zu essen hatte. (Sie waren doch nicht arbeitslos, verdienten doch Geld?) Ja, das langte aber nicht. (Sie waren auch traurig?) Ja, das weiß ich nicht. (Haben Sie sich Sorgen gemacht?) Ja, wegen Geldknappheit, weiter nichts. — Seit Anfang Februar hab ich nicht mehr gearbeitet. (Warum nicht gearbeitet?) Weil ich krank war. (Was fehlte Ihnen?) Grippe, ich konnte keine Luft kriegen und dann vorm Magen. (Was hatten Sie für Magenbeschwerden?) Immer dieses Drücken, es war, als wenn man mich mit einem Stück Holz vor den Leib schlüge. Ich dachte, ich hätte eine Entzündung, weil das immer so anschwoll. (Warum sind Sie in der letzten Zeit soviel herumgegangen?) Ich konnte nicht sitzen wegen der Schmerzen, ich konnte nicht liegen, das

kam alles vom Magen, ich mußte raus, es war gerade, als ob ich innerlich Krämpfe hätte. — Er bestätigt die Angaben seines Schwiegersohnes.

Körperlicher Befund:

Größe: 1,66 m. Gewicht: 60 kg. Temp. 37,5°.
Mann in ausreichendem Ernährungs- und Kräftezustand.
Schleimhäute mittelmäßig durchblutet.
Schädel nicht druck- und klopfempfindlich.
Augen: Lidspalte bds. eng, r. = l. Starke Ptosis bds.
Pupillen: gleichweit, nicht entrundet.
Reaktion: auf Licht bds. +
Convergenz bds. vorhanden.
Conj.-Refl. + Corneal-Refl. +
Augenbewegungen frei, kein Nystagmus.
N. N. supra und infraorbitalis werden druckempfindlich angegeben.
Gesichtsinnervation symmetrisch.
Zunge: zittert nicht, gerade, etwas belegt.
Gaumenbogen: gleichmäßig gehoben, Würgrefl. +
Sprache o. B.
Mechanische Muskelerregbarkeit: +
Vasomotorische Nachröten: +
O. E. Keine Tonusanomalien, Reflexe o. B. Dynam. r. = 95, l. = 105.
Tremor manus leicht angedeutet.
Finger-Nasen-Versuch: +
Abdom.-Refl. + Crem.-Refl. +
U. E. Patellarrefl. + Achillessehnen-Refl. +
Kein Babinski, kein Romberg.
Grobe Kraft nicht herabgesetzt. Keine Tonusanomalien.
Sensibilität: Berührung deutlich lokalisiert. Spitz und stumpf gut unterschieden. (Während der ganzen Untersuchung stöhnt er in einem fort vor sich hin. Befragt, warum er stöhne, sagt er, er habe Leibschmerzen.)
Herz: o. B.
Puls 64, kräftig, regelmäßig, Gefäßrohr etwas hart.
Blutdruck RR. 170/115 mm Hg.
Lungen: o. B.
Leib: weich, nicht aufgetrieben, Druck- und Schmerzempfindlichkeit unmittelbar unter dem proc. xifoideus an circumscripter Stelle.
Milz und Leber: o. B. Urin: Alb. neg., Leuk. neg., Reakt. alk.

Psychischer Befund:

Pat. sitzt ruhig da, antwortet sehr langsam, spricht nicht spontan, man muß alles aus ihm herausfragen, ist etwas umständlich in seinen Antworten. Weiß nichts von seinen Krankheiten, spricht immer nur von seinen Magenbeschwerden und führt alles darauf zurück. Intelligenz, Merkfähigkeit und Urteil nicht herabgesetzt. Beim Blutdruckmessen ängstlich, ratlos, wimmert

andauernd ohne eine Ursache dafür angeben zu können, antwortet kaum, nachher sehr weinerlich.

Krankheitsverlauf:

1. V. Pat. bekam einen Seifeneinlauf, wirkungsvoll. Danach ist die Stimmung etwas zuversichtlicher, jedoch meint er, die beiden Beine seien ihm gelähmt, stürben wohl ab. Therapie: Pantopon-Kur. — (In der klinischen Vorlesung.) Pat. gibt starke Magenbeschwerden an, die nicht besser werden wollen. Sei oft in verzweifelter Stimmung, gibt Selbstmordgedanken zu. Habe das Leben stets ernst und schwer genommen. Im Februar 1923 habe er einen Anfall von Grippe gehabt. Pat. ist deprimierter Stimmung. Traurige Miene, antworte zögernd. Stirn ist sehr stark längsgefurcht. Morgens ist er verstimmter als abends.

3. V. Magenausheberung nach Probefrühstück. Gesamtazidität = 11. Keine freie Salzsäure, keine Milchsäure. Benzidin-Probe nach fleischfreier Ernährung neg.

13. V. Klagt ab und zu über leichte Magenbeschwerden; ist sonst ganz frei, ganz gleichmäßig guter Stimmung.

18. V. Pantopon-Kur wegen Untersuchung des Urins auf Aminosäuren abgesetzt. Allgemeinbefinden gut.

25. V. Fühlt sich ganz wohl. Vor zwei Tagen leichtes Fieber (Grippe?), objektiv kein Befund. Wird nach Hause als gebessert entlassen.

IV. Fall.

Holzschuhmacher J. B., 52 Jahre alt, verheiratet.

Aufgenommen am 9. XII. 24. entlassen als gebessert am 20. I. 25.

Anamnese: abgegeben von der Ehefrau des Patienten.

Mutter war schwermütig, starb durch Erhängen. Vater war nervös, starb (am 26. XI. d. J.) an Asthma. Vier Geschwister, alle etwas nervös, vor allem ein Bruder seit dem Kriege. Sonst an Nervenkrankheiten in der Familie nichts bekannt. Pat. ist früher nie ernstlich krank gewesen, über seine Jugend aber sonst nichts näheres bekannt. Ref. kennt ihn seit 22 Jahren, seit 1904 verheiratet. Ehe ist glücklich, ein gesunder Sohn, sonst keine Kinder gehabt, auch keinen Umschlag. Pat. war immer fleißig, ordentlich, kein Trinker, verdiente gut; als Holzschumacher war er selbstständig. Stimmung immer gut. 1895/97 aktiv gedient, war immer kräftig und gesund. Oktober 1916 eingezogen, kam an die Front im Westen, jedoch keine eigentlichen Gefechte mitgemacht, keine Verwundungen. Mai 1917 infolge Granatexplosion „Nervenerschütterung", kam nach Metz ins Lazarett, dann auf Urlaub. Hier erkrankte er aber an heftigen Kopfschmerzen, Unstimmungen und Angstgefühlen, hatte Angst wieder an die Front zu müssen, zitterte an allen Gliedern, mußte deshalb wieder ins Lazarett, von dort wurde er im Februar 1918 als d. u. entlassen.

Seitdem eigentlich nie mehr recht gesund, immer in ärztlicher Behandlung. Klagte immer viel über Beklemmungsgefühle und Angst, war emp-

findlich gegen Geräusche, überhaupt leicht aufgeregt, jedoch nie eigentlich getobt. Keine Anfälle, keine Verkehrtheiten. Nachts konnte er nicht schlafen, hatte unruhige, ängstliche Träume, Appetit war schlecht. Jedoch immer noch dabei gearbeitet, zwang sich dazu, mußte aber vorübergehend wiederholt aussetzen. — Seit März dieses Jahres Verschlimmerung, sollte damals schon hierher, jedoch wurde es mit einsetzendem warmen Wetter besser.

Am 26. XI. d. J. Tod des Vaters. Seitdem starke Verschlimmerung, er hing sehr an seinem Vater. Er wurde unruhiger, machte sich trübe Gedanken, mochte nicht mehr leben, redet immer davon, daß er am liebsten auf dem Friedhof sei. Jedoch kein Selbstmordversuch, er konnte nicht mehr arbeiten, klagte über Angst- und Beklemmungsgefühle, konnte nicht mehr essen, magerte ab. War immer müde, schlief leicht ein, konnte sich nicht aufraffen. Zu seiner Frau leicht aufgebracht, jedoch nie eigentlich jähzornig, keine Gewalttaten, ließ sich von ihr leiten. Keine Verkehrtheiten. Pat. machte sich Gedanken, daß er nicht die letzten Stunden mit seinem Vater verbracht hatte. Sonst keine Selbstvorwürfe, aber Verarmungsideen. Machte sich Gedanken, daß die Familie verhungern müsse, weil er nicht arbeiten könne. Keine Verfolgungsideen, keine Stimmen oder Erscheinungen, keine Verwirrtheitszustände. Vom Arzt Brom und Eisen, jedoch ohne wesentlichen Erfolg, deshalb nach hier zur Aufnahme.

Pat. kommt in Begleitung seiner Frau zur Aufnahme.

Exploration:

(Klagen?) Angstgefühl in der Magengrube. Kopfschmerzen, Druckgefühl, Schwere in der Stirngegend über den Augen. Wenn die Schmerzen aus der Magengegend hinaufziehen in den Kopf wird er ängstlich. Stimmung immer traurig. (Sorgen?) Habe vielleicht keine, mache mir aber welche über den Lebensunterhalt. (Verdienst?) Ist knapp, er kommt schwer aus. Sonst keine Sorgen. Zeitweise steigert sich die traurige Verstimmung. (Lebensmüde?) Erst nach dem Kriege ist es ganz schlimm gewesen, nun ist es besser. Einen Selbstmordversuch hat er nicht gemacht. „Es fehlte aber manchmal nicht viel", so hätte er es getan. (Aufgeregt?) Besonders gegen meine Frau. Meist bei Kleinigkeiten, es ist immer gleich wieder vorbei, zu langen Schimpfereien kommt es gar nicht. — Pat. fühlt sich dauernd schwach am ganzen Körper, er kann nicht mehr so gut arbeiten, wie früher, muß immer mal aussetzen. Morgens, wenn er aufsteht, ist er „schlapp", im Laufe des Tages wird er leicht erregt. Gegen Abend, so bald es dunkel wird, wird er ruhiger und kann gut einschlafen. Der Schlaf ist immer gut. Tage- oder wochenlang geht es ihm mal ganz gut, dann kommt wieder die Verstimmung. Keine Stimmen, keine Gestalten. Kein Potus. Nie Anfälle. Oft ängstliche Träume, Albdrücken, trotzdem schläft er die ganze Nacht. Appetit ist nicht besonders gut, Verdauung in Ordnung. — Seit dem Kriege geht es ihm so wie jetzt, zeitweise Besserung. Verschlimmerung besonders merklich seit dem Tode des Vaters vor 14 Tagen. Er ist noch trauriger, aufgeregter und hat mehr Kopfschmerzen.

Er meint allerdings, der Höhepunkt sei schon überschritten. Seine Frau und Schwester haben ihm geraten hierher zu gehen.

Körperlicher Befund:

Größe: 1,64 m. Gewicht: 65 kg. Temp. 37,5°.

Kopfmaße: 15 : 19 : 58 cm. Schädel nicht klopf- und druckempfindlich. Augenbewegungen frei, in den seitlichen Endstellungen feinschlägige nystagmusartige Bewegungen.

Pupillen mittelweit, r. = l., beide entrundet, r. mehr als l.

Reaktion: auf Licht bds. +

Convergenz bds. vorhanden.

Conj.-Refl. + Corneal-Refl. +

Gesichtsinnervation symmetrisch.

Zunge: gerade, zittert nicht, trocken, gerötet.

Gaumenbögen gehoben, Rachenrefl. +

Sprache spontan o. B., bei Paradigmen selten Ausstoßen von Silben und geringes Anstoßen, keine artikulatorische Störung.

Mechanische Muskelerregbarkeit +

Vasomotorische Nachröten +

O. E. Tonus, Kraft o. B. Reflexe +, schwach.

Tremor manus feinschlägig, im Zeigefinger der rechten Hand und in allen Fingern der linken Hand.

Finger-Nasenversuch sicher.

Abdom.-Refl. + Cremaster-Refl. +

U. E. Tonus, Kraft o. B., Kniephänomen +, Achillessehnen-Refl. +, kein Patellar-Klonus, kein Fußklonus.

Zehenrefl.: Lebhafte Abwehrbewegungen, Schmerzen i. d. Fußsohle, kein Babinski, kein Romberg.

Gang langsam, ein wenig stampfend.

Knie-Hacke-Versuch: sicher. Kein Lasègue.

Sensibilität: Berührung lokalisiert, spitz und stumpf unterschieden.

Lungen: o. B. Herz: o. B.

Puls: 88, regelmäßig. Blutdruck R. R. 145/80 mm Hg.

Leib: weich, eindrückbar, kein Druckschmerz.

Abdomen: etwas fettreich.

Urin: Alb. neg., Leuk. neg. Reaktion: neutral.

Bei der Untersuchung gibt Pat. an: Zeitweise Beschwerden beim Wasserlassen. Der Stuhl kommt langsam und ist dünn, keine Schmerzen. Zeitweise normales Wasserlassen. Nach dem Essen oft Schmerzen im Magen. Der Stuhl ist häufig dunkelbraun, nicht direkt schwarz.

Allgemein-Zustand: mittelkräftig gebaut. Guter Ernährungszustand. Haut- und Schleimhäute gut durchblutet.

Krankheitsverlauf:

19. XII. Stimmung etwas gedrückt, allerdings meint er selbst, es ginge schon wieder besser. Er hält sich etwas zurück im Verkehr mit anderen

Pat. Hilft fleißig bei den Reinigungsarbeiten. Zeitweise Klagen über Magenschmerzen, Stimmung davon abhängig. Im allgemeinen täglich etwas besser; hat gut geschlafen.

22. XII. Pat. spürt selbst eine deutliche Besserung. Objektiv ist er freier als bei der Aufnahme, er ist nicht mehr so zurückhaltend. Beteiligt sich fleißig bei den Arbeiten auf der Station. Stimmung immer etwas gedrückt. Therapie: Pantopon-Kur.

2. I. 25. Objektive und subjektive Besserung, macht Fortschritte, arbeitet fleißig, ist lebhafter und schneller in den Bewegungen und Sprache, schläft gut.

3. I. Pat. fühlt sich wohl, Stimmung immer noch etwas gedrückt, sucht sich stets Beschäftigung, bekommt Besuch, hat gut geschlafen, geht im Garten spazieren.

16. I. Pat. ist jetzt immer in guter Stimmung.

20. I. Liegt seit mehreren Tagen im Einzelzimmer, Allgemeinbefinden gut, möchte gerne nach Hause; wird von der Frau abgeholt und als gebessert entlassen.

V. Fall.

Schiffszimmermann J. T., 56 Jahre alt, verheiratet.

Erste Aufnahme am 21. VII. 24, entlassen als gebessert am 22. IX. 24.

Zweite Aufnahme am 26. XI. 24, entlassen am 24. XII. 24.

Anamnese: abgegeben vom Sohn des Patienten.

Eltern tot, in hohem Alter gestorben. Zwei lebende gesunde Geschwister, ein Bruder verschollen. Ueber Kinder- und Schulzeit nichts bekannt. Nach der Schulentlassung beim Bauern gearbeitet und auch in einer Ziegelei. Lernte mit 20 Jahren das Zimmermann-Handwerk und war seitdem in diesem Beruf tätig. Um das 30. Lebensjahr herum heiratete er. Drei Kinder, zwei davon sind lungenkrank. 1903 starb die Frau. Zwei Jahre später heiratete er zum zweiten Male. Aus der zweiten Ehe stammen 5 Kinder, eins starb als kleines Kind. Das Familienleben war gut. Er war ein solider und fleißiger Mann. Ernstliche Erkrankungen hat er nicht durchgemacht. Er mußte sich nur immer mit dem Essen in acht nehmen, weil sein Magen nicht viel vertragen konnte.

Am 3. Juli 1924 fühlte er sich mittags bei der Arbeit nicht wohl. Er soll abends auf der Arbeitsstelle ohnmächtig geworden sein, und mußte nach Hause getragen werden. Er schlief dann in der Nacht nach einer Einspritzung gut, war aber am nächsten Morgen sehr aufgeregt. Die Aufregung legte sich, kehrte aber jeden zweiten Tag wieder, so daß er abends immer Einspritzungen vom Arzt bekam. In der letzten Nacht hat er sich nur zwei Stunden ruhig verhalten, sonst immer herumgetobt. Heute Morgen griff er sogar seine Angehörigen an. In seinen Erregungszuständen redete er verwirrt. Sprach vom lieben Gott und rief ihn um Hilfe an. Auf dem Transport nach hier verhielt er sich ruhig.

Exploration:

Bestätigt die Angaben des Sohnes. Käme her, weil er nervenkrank sei. Würde leicht aufgeregt seit etwa 12 Tagen. Die Ursache sei ein uneheliches Kind seiner jüngsten Tochter aus erster Ehe, im vorigen Jahr geboren. Vaterschaft sei noch nicht festgestellt, Verfahren läuft noch. Er sei Vormund des Kindes. Ein Termin war Anfang d. J. Nach Aussagen der Tochter sollte ein gewisser F. der Vater sein. Letzterer behauptete aber, daß auch andere mit ihr geschlechtlich verkehrt hätten. z. B. ein gewisser K., dieser sei jedoch auf Wanderschaft und bisher noch nicht vernommen. Seine Tochter habe ihm seinerzeit gesagt, sie habe in der fraglichen Zeit mit F. verkehrt. Er riet ihr, das auszusagen vor Gericht, was sie auch tat. Jetzt mache er sich Gedanken, daßer sie zum Meineid verleitet habe. Vor 12 Tagen habe er mit einem Bekannten darüber gesprochen, das habe ihn noch mehr aufgebracht, und ihn in solche Aufregung versetzt, daß er noch zum Gericht gehen wollte, um zu erklären. daß er an dem Unglück seiner Tochter schuld sei. Es ginge seiner Familie sonst gut. ein bißchen viel Arbeit. Macht sich sonst allerhand trübe Gedanken, kam körperlich wegen schlechten Appetits ziemlich herunter; deshalb Ohnmachtsanfall Anfang Juni. Seitdem nicht mehr gearbeitet. Meist zu Bett gelegen. Heut habe es Streit gegeben, weil die Frau wieder den Arzt holte, er aber nicht wollte. Frau sei auch leicht aufgeregt, mache ihm Vorwürfe, daß er nicht gut zu ihr gewesen. Tätlich sei er geworden, weil man ihn mit Gewalt gefaßt habe, um ihn hierher zu bringen. Wollte keine Einspritzung mehr haben, lieber Wasserkur machen. (Zum lieben Gott geredet?) Weil ich neulich mit Todesangst gerungen habe, weil ich das gesagt habe. (Um Hilfe gerufen?) Kann wohl sein.

Seit vielen Jahren magenkrank, Magengeschwür. nicht operiert. Schläft in letzter Zeit schlecht, früher gut. Stuhlgang normal, in letzter Zeit träge. Wasserlassen häufig, aber wenig. Kein Trinker, kein starker Raucher.

Körperlicher Befund:

Größe: 1,74 m. Gewicht: 60 kg. Temp. 37,8°.

Mittelkräftig gebaut, ausreichend ernährt, sichtbare Schleimhäute genügend durchblutet, etwas ängstlicher betrübter Gesichtsausdruck.

Schädelmaße: 16 : 19 : 58,5 cm, nicht klopfempfindlich.

Beiderseits leichte Ptosis, Lidspalten gleichweit.

Pupillen mittelweit, verzogen, r. = l.

Reaktion: auf Licht bds. nicht ausgiebig.
Convergenz bds. vorhanden.

Conj.-Refl. + Corneal-Refl. +

Augenbewegungen frei, kein Nystagmus.

Gesichtsinnervation symmetrisch.

Zunge: gerade, belegt, zittert etwas.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben. Würgrefl. +

Gebiß defekt, besonders oben. Sprache: o. B.

Mechanische Muskelerregbarkeit: +

Vasomotorisches Nachröten: +
Abdom.-Refl. + Crem.-Refl. +
O. E. Tonus, Kraft o. B., Reflexe +
Grobschlägiger, heftiger Tremor manus.
Keine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme.
Finger-Nasenversuch: zittrig, sonst sicher.
U. E. Tonus, Kraft o. B. Kniephänomen +
Patellarklonus r. angedeutet. Achilles-Refl. +
neg. Fußklonus, neg. Babinski, neg. Lasègue.
Knie-Hacke-Versuch: sicher.
Sensibilität intakt. Gang: o. B .
neg. Romberg; mäßiges Lidflattern.
Lungen: o. B. Herz: 2. Ton über der Basis betont.
Leib: etwas gespannt, keine Druckempfindlichkeit.
Leber, Milz, nicht nachweisbar vergrößert.
Puls: 80, etwas unregelmäßig, gut gefüllt, Arterienrohr rigide. Blutdruck R. R. 150/70 mm Hg.
Urin: Alb. neg., Leuk. neg., Reaktion: alkalisch.

Krankheitsverlauf:

22. VII. Hatte anfangs nicht einschlafen können, später jedoch gut. Wisse nicht, ob er eine Einspritzung bekommen habe. (keine Injektion), habe an den Händen so ein taubes Gefühl. Sei jetzt etwas ruhiger, müsse nur oft an die Frau denken, ob die nicht auch krank geworden wäre. Er fängt an zu weinen.

29. VII. Zeitweise gedrückt. Denkt viel an die Seinen, glaubt, daß sie bestraft würden. Fängt auch mal an zu weinen. Im ganzen aber etwas besserer Stimmung, ruhig. Wa.R. im Blut neg.

1. VIII. Meist leicht depressiv, weint leise, viel für sich. Bittet den Arzt, ihm nachträglich noch etwas berichten zu dürfen.

4. VIII. Auf der Station stets ruhig, klagt über „Nervenzucken", geht in den Garten, hat mit Unterbrechungen geschlafen.

7. VIII. Wechselndes Befinden. Immer noch Neigung zur depressiven Umstimmung, macht sich allerlei Gedanken, voller Selbstvorwürfe, weil er vor Gericht nicht die Wahrheit gesagt habe. Umständlich, weitschweifig in seinen Ausführungen, kommt nicht zum Ziel.

10. VIII. Im ganzen freier und frischer, Besuch von seinem Schwager, freut sich sehr, unterhält sich, möchte gerne bald nach Hause, schläft jetzt immer gut.

19. VIII. Seit einigen Tagen wieder verstimmt, weint viel vor sich hin. Voller Selbstanklagen wegen seiner angeblich falschen Aussagen, schreibt viel, will sein Sündenbekenntnis niederschreiben, um Ruhe zu finden. Aengstlich, fürchtet, ins Gefängnis zu müssen; hat Bettruhe.

26. VIII. Immer depressiv, jedoch im ganzen etwas ruhiger, nicht mehr so sehr ängstlich und voller Selbstanklagen. Sitzt mehr still für sich, grüblerisch, nur vorübergehend erregter, jedoch sich bald wieder beruhigend.

28. VIII. Versuch nachmittags über den Gartenzaun zu steigen, wird vom Pfleger daran gehindert. Ist danach recht gedrückter Stimmung.

8. IX. Blieb einige Tage im Bett, geht jetzt wieder in den Garten, klagt, daß er keinen Stuhlgang habe, obwohl er jeden Tag Stuhl hat. Macht recht bedrückten Eindruck. Ist unentschlossen, weiß nicht, ob er aufstehen soll oder im Bett bleiben soll. Drängt sehr auf Entlassung.

18. IX. Liegt still und teilnahmslos im Bett, will nicht aufstehen. Klagt wieder bei jeder Visite, daß er keinen Stuhl habe. Hat an seinen Sohn geschrieben, möchte entlassen werden.

22. IX. Gestern Besuch von seinem Sohn, danach etwas teilnehmender. Freut sich, entlassen zu werden. Klagt über seinen Stuhl. Hatte in der letzten Woche ein Eczem, das mit Salbe behandelt wird. Wird als gebessert nach Hause entlassen.

Zweite Aufnahme am 26. XI. 24.

Anamnese: abgegeben von Poliz.-Ass. G.

Ref. hörte von der Frau, daß es in den letzten Tagen plötzlich wieder ausgebrochen sei; gestern abend wohl erst durch einen Tobsuchtsanfall. Sonst nichts bekannt. Pat. bekam eine Einspritzung. Transport einigermaßen, war unterwegs recht aufgeregt, wollte fort. Sprach wenig. Hatte wiederholt Erbrechen. Aß unterwegs etwas. Machte recht verwirrten Eindruck. Wollte immer wieder austreten, verrichtete aber kein Bedürfnis.

Pat. kommt in Begleitung nachmittags zur Aufnahme. Blickt starr, mit traurigem Gesichtsausdruck vor sich hin, antwortet auf Befragen, geht ruhig auf die Station. Erkennt Ort und Arzt wieder.

Exploration:

(Weshalb kommen Sie wieder?) Habe selbst keinen Ausdruck dafür. Ob meine Tochter mich verraten hat, habe ja den Meineid geleistet wegen meiner Tochter (s. frühere Exploration). — (Trübe Gedanken?) Kann nachts nicht schlafen, wirbelt alles im Kopf herum. (Aufregung?) So wie damals. (Verwirrt?) Durch den Meineid ist alles gekommen. Habe ja falsche Aussagen gemacht vor Gericht. (Aengstlich?) Mag gar nicht die Augen aufschlagen vor den Menschen, so schäme ich mich. (Vorwürfe?) Der Hausstand ist so zurückgegangen, weil ich keine Arbeit habe. (Verfolgungsideen?) Vor der Menschheit muß ich mich schämen. (Stimmen?) Das nicht, nur vermute ich, in jedem Menschen, daß er mich verabscheut.

Sei am 22. IX. erst von hier entlassen worden, zuerst sei es ganz gut gegangen, machte sich nur Gedanken, weil er keine Arbeit hatte, lebte vom Krankengeld. Mit seiner Frau verstehe er sich gut, nur mache er sich Gedanken, daß er nie ordentlich zu ihr gewesen sei. In den letzten Tagen sei wieder die alte Unruhe über ihn gekommen, allerlei trübe Gedanken beschäftigen ihn. (Lebensmüde?) Hab mich viel mit Selbstmordgedanken herumgetragen, wußte ja nicht aus noch ein. (Inneres Angstgefühl?) „Ja", zeigt dabei auf die Herzgegend. „Da sitzt immer ein so unheimlicher Druck, der will nicht weichen."

Körperlicher Befund:

Im wesentlichen derselbe wie bei der ersten Aufnahme.

Psychischer Befund:

Starke depressive Hemmung. Spricht leise mit müder, monotoner Stimme. Ausgesprochene Selbstvorwürfe. Herzangst. Versündigungsideen, Lebensüberdruß. Keine Halluzinationen. Intelligenzprüfung o. B.

Krankheitsverlauf:

28. XI. Pat. liegt ruhig im Bett, zeigt das Bild der echten depressiven Hemmung mit körperlichen Angstgefühlen, Selbstanklagen, Versündigungsideen.

9. XII. Liegt still zu Bett, spricht gar nicht. Wenn man ihn anredet, gibt er mit leiser Stimme Auskunft. Stimmung gedrückt, gleichmäßig. Furunkel am linken Handgelenk. (Inzision).

16. XII. Freier und munterer, steht seit einigen Tagen auf. Furunkel heilt ab.

20. XII. Steht auf, unterhält sich, beschäftigt sich, Stimmung ist gut, schreibt geordnete Briefe. Gibt über seine Krankheit wenig Auskunft.

24. XII. Recht frei und geordnet, guter Stimmung, wird von Angehörigen abgeholt. Als gebessert entlassen.

Epikrise.

Wenden wir uns nun noch einer kurzen Betrachtung dieser vorliegenden Fälle zu, so stellt der erste Fall eine Melancholia simplex dar; die traurige Verstimmung, entstanden aus ganz geringen gemütlichen Anstoß, ist hier das einzige hervorstechende Symptom, der Krankheitsverlauf ist ein normaler, erbliche Belastung liegt nicht vor, ein Rezidiv ist kaum zu erwarten.

Der zweite Fall bietet schon ein schwereres Bild, er gehört in die Gruppe der Melancholia agitata sive activa. Hier besteht neben der Depression vor allen Dingen die Suizidneigung, ferner deutliche psychomotorische Hemmungen, Angstgefühle, Wahnideen, besonders Versündigungswahn auf Grund des starken religiösen Gefühles, Halluzinationen. Erbliche Belastung ist vorhanden. Bei dem schon vorgeschritteneren Alter ist die Prognose zum mindesten als dubiös zu bezeichnen.

Fall III ist auch als Melancholia agitata zu bezeichnen. Hier ist besonders der starke hypochondrische Einschlag hervortretend, der Krankheitswahn wird vom Pat. in charakteristischer Weise geschildert, auch Verarmungs-, Versündigungswahn und Angstgefühle liegen hier vor; ferner eine gewisse Bewegungsunruhe, De-

pression, Lebensüberdruß, Selbstmordneigung. Erbliche Belastung ist nicht vorhanden. Mit einem Rezidiv muß man hier rechnen.

Fall IV. ist als „Melancholie im Rückbildungsalter“ (im Kraepelinschen Sinne) aufzufassen, zeigt eine starke Depression, ausgelöst durch den Tod des Vaters, wenn auch schon vorher Neigung zu trauriger Verstimmung bestand. Dann sind hier besonders die Verarmungsideen deutlich, ferner Aufregungszustände und einige körperliche Symptome. Es liegt eine starke erbliche Belastung vor, diese verschlechtert die Prognose.

Der letzte Fall ist auch eine „Melancholie des Rückbildungsalters“ in Form der Melancholia agitata, mit schweren Aufregungszuständen, Versündigungswahn, Verfolgungsideen, starker Depression, Selbstmordgedanken, Selbstvorwürfen, Präkordialangt. Hier hat bereits ein Rezidiv stattgefunden, die Prognose ist dubiös.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Ueberlassung der Fälle und die Durchsicht meiner Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Raecke: Grundriß der psychiatrischen Diagnostik, 8. Aufl. 1920.
Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie, 4. Aufl. 1923.
Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl. 1923.
Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie, 8. Aufl. 1913.
— Ueber die klinische Stellung der Melancholie, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 6.
Berger: Klinische Beiträge zur Melancholie-Frage, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 26, 1909.
Gaupp: Die Depressionszustände des höheren Lebensalters, Münchener medizinische Wochenschrift, 1905, Nr. 32.
Hübner: Klinische Studien über die Melancholie, Archiv für Psychiatrie, Bd. 43, 1908.
Kölpin: Klinische Beiträge zur Melancholie-Frage, Archiv für Psychiatrie, Bd. 39, 1905.
Schott: Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Archiv für Psychiatrie. Bd. 36, 1903.

Lebenslauf.

Am 12. September 1898 wurde ich als Sohn des Arztes Dr. med. Gustav Schütz zu Berlin geboren. Ich bin evangelischer Konfession und preußischer Staatsangehörigkeit. Hintereinander besuchte ich das Gymnasium in Quedlinburg und das Gymnasium in Berlin-Lichterfelde. Im Mai 1917 trat ich als Unter-Primaner in das 5. Garde-Feld-Art.-Reg. ein, stand an der Front in Rußland, Frankreich und Belgien. Von Januar bis Dezember 1919 besuchte ich wieder die Schule und erwarb mir das Reifezeugnis auf dem Gymnasium zu Schleusingen. Hierauf widmete ich mich dem Studium der Medizin, 6 Semester in Berlin, 1 Semester in Tübingen und die letzten 4 Semester in Kiel.